História da Saúde: problemáticas, arquivos e fontes – Alguns contributos para o estudo da saúde pública em Paredes de Coura

Jorge Fernandes Alves
FLUP/CITCEM
jorge.f.alves@gmail.com

Resumo:

O presente texto condensa a comunicação apresentada às Jornadas evocativas do 40º aniversário do Sistema Nacional de Saúde, realizadas em Paredes de Coura, em 28 e 29 de novembro de 2019, com a designação "Sob o olhar da micro-história: subsídios para o roteiro da saúde pública em Paredes de Coura durante a 1ª República e o Estado Novo (1910-1974)". Respondendo, na altura, direta e tematicamente ao desafio proposto pela organização do evento, o texto tenta promover um diálogo sobre as potencialidades locais de investigação na área da história da saúde, propõe a articulação da investigação em várias escalas e sugere problemáticas adequadas à história local e à micro-história, anexando ainda a transcrição de três fontes relevantes relacionadas com o tema como exemplos a explorar.

História da Saúde: problemáticas, arquivos e fontes – Alguns contributos para o estudo da saúde pública em Paredes de Coura

Jorge Fernandes Alves
FLUP/CITCEM

Fico grato pelo convite para participar, com uma intervenção sobre "História da Saúde: arquivos e fontes", no quadro das *Jornadas Evocativas do 40º aniversário do SNS*, "sob o olhar da micro-história", conducentes à produção de alguns subsídios para um futuro roteiro da saúde pública em Paredes de Coura. Nesta circunstância, procurarei elencar alguns contributos nesse domínio, anotando essencialmente algumas considerações e levantando problemáticas que o tema pode suscitar.

Registe-se, em primeiro lugar, a necessária disponibilidade para equacionar a observação dos problemas de saúde e/ou da sua ausência sob o ângulo de diferentes escalas de observação, uma vez que o olhar micro se intercala e imbrica no macro, em configurações diferenciadas ao longo do tempo histórico, conforme pontificam e/ou se equilibram mentalidades, religiões, ideologias, poderes políticos, saberes populares ou científicos, entre outras dimensões que se relacionem com a salvaguarda da saúde e a prevenção ou superação de eventual doença. Na realidade, se a saúde, a nível individual, se correlaciona diretamente com a constituição genética de cada um e seu modo de vida, ela é também uma variável dependente de outros domínios, como sejam a economia, a educação, o ambiente, a habitação, bem como das políticas públicas afins, além dos conhecimentos derivados da investigação médica e farmacêutica e de outras disciplinas convergentes nas tecnologias da saúde. Esta complexidade remete, pois, para as circunstâncias do tempo histórico, para as diversas temporalidades em que se vivenciam diferentes lógicas de representação do uso do corpo, da saúde vs. doença e da prestação de cuidados nas etapas da vida, ou seja, no percurso que decorre entre nascer, viver e morrer.

Assinalemos, então, alguns tópicos que possam contribuir para desenvolver linhas de investigação segundo os objetivos enunciados para estas Jornadas.

O SNS

Num primeiro exemplo, a criação do próprio Serviço Nacional de Saúde, pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, instituindo a rede de serviços de cuidados globais a toda a saúde não pode dissociar-se do normativo constitucional aprovado em 1976, cujo artigo 64.º, dedicado à Saúde, ao definir o direito à saúde e o dever de a defender e promover (§1.º), estabelecia que uma das formas de realização deste direito seria "através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito" (§2.º, a). Incontornável assim a consideração de um novo tempo histórico criado com a revolução de 25 de abril de 1974 e a instauração subsequente do regime político democrático, com a decorrente valorização da vida no campo das políticas públicas.

Segundo o restante articulado, estas políticas públicas para a saúde deviam ter ainda em conta a criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais para garantir a proteção da infância, juventude e velhice e a melhoria das condições de vida e de trabalho, incluindo a promoção da cultura física e desportiva, a educação sanitária e práticas de vida saudável (§2.º, b). Para garantir o direito à proteção da saúde, o articulado (artigo 3.º) estipulava, nomeadamente, o acesso de todos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, a socialização dos custos, a fiscalização dos serviços das formas privadas e públicas de cuidados de saúde e disciplinar as diversas valências de intervenção. Ao desafio constitucional importava responder através do poder executivo, o que veio a acontecer através do célebre Despacho do então ministro dos Assuntos Sociais, António Arnaut, com assinatura datada de 20 de julho de 1978, mas publicado *no Diário do Governo* de 29 de julho: esta publicação é considerada como sendo o primeiro dia do SNS, na medida em que, invocando a Constituição e os programas do MFA e do Governo, antecipava, em relação à futura Lei de Bases, a integração da população ainda não abrangida por qualquer sistema de proteção na doença nos Serviços Médico-Sociais, garantindo consultas de clínica geral e de especialidades, serviços de enfermagem, internamento hospitalar, assistência medicamentosa e elementos complementares de diagnóstico.

A referência à revolução do 25 de Abril de 1974 e ao novo quadro constitucional é incontornável. Note-se que a carta matriz do novo regime, a Constituição de 1976, foi a primeira a inscrever o direito à saúde de uma forma explícita, sendo embora o sexto texto constitucional a vigorar em Portugal, o que revela o reconhecimento tardio deste direito,

que se configurou como uma das principais valências do designado Estado-Providência, o qual começou a ganhar teorização política desde os finais do século XIX. O papel do Estado como protetor de cada cidadão, ao nível não só da liberdade, mas também da felicidade, era uma proposta introduzida já na Revolução Francesa, pelos jacobinos, que a incluiram na efémera Declaração de Direitos do já longínquo ano de 1793, vista como radical e logo derrubada pelo contragolpe conservador que acabaria por abrir a portas a Napoleão. Mas os posicionamentos favoráveis à ação protetora do Estado tiveram de fazer um longo caminho ideológico e político para que alguns dos seus delineamentos mais assertivos, como é o caso da proteção na doença, pudessem ter lugar como políticas públicas, não obstante os muitos afrontamentos e revezes.

Finais da Monarquia e Primeira República

Importa perguntar, naturalmente, como chegamos aqui? Para isso, temos de revisitar, pelo menos e a título indicativo, a legislação anterior verificada em Portugal, ainda que minimalista e nem sempre correspondente com a realidade. Importa reconhecer esses normativos bem como analisar a sua evolução desde que foram criadas regras gerais para a articulação e fiscalização dos cuidados de saúde, em especial no que respeitava ao domínio da “saúde pública”, designação que remete especificamente para os cuidados a ter com a manutenção, proteção e melhoria da saúde da população em geral, numa postura essencialmente preventiva, tendo ainda em conta a evolução acelerada dos conceitos essenciais de saúde, saúde pública e cuidados de saúde, o que, só por si, explica o envelhecimento rápido de medidas tomadas que logo exigem ajustamentos de forma continuada.

Ultrapassando por agora, dada a sugestão cronológica das Jornadas, a expressão das preocupações sanitárias observadas desde os inícios de Oitocentos, podemos dizer que as medidas oficiais mais significativas para a saúde pública se iniciam na viragem do século, em 1899 e anos seguintes, por via da eclosão da peste bubónica do Porto, que pressionou a criação, no Ministério do Reino, da Direção Geral de Saúde e Beneficência. No seio desta Direção Geral se desenvolveu a legislação que permitiu a estrutura organizativa dos serviços de saúde pública a diversos níveis, nomeadamente, a criação das delegações e subdelegações de saúde, nos distritos e concelhos, respetivamente, medidas plasmadas no Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901, cujo texto foi elaborado pelo conhecido médico Ricardo Jorge. Esta ligação entre

saúde e beneficência foi separada com a República, dando lugar a duas direções gerais, emergindo então, de forma autónoma, a Direção Geral de Saúde, cumprindo-se a reivindicação médica de que a Beneficência não correspondia ao seu campo de ação, embora uma nova expressão, “medicina social”, recorrente em Ricardo Jorge, exprimisse essa ambivalência de as doenças de amplo espetro estarem ligadas à pobreza (Alves & Carneiro, 2104).

Desde os tempos finais da Monarquia e da Primeira República, ou seja, dos inícios do século XX, emerge uma maior afirmação do poder e autonomia dos médicos, classe profissional que, de resto, apoiou em grande maioria a República e defendeu uma centralização da administração da saúde para a retirar das arbitrariedades dos municípios, que através das nomeações dos médicos dos partidos municipais e do poder disciplinar exerciam um controlo sistemático sobre os médicos e as medidas de saúde impopulares, sobretudo no que tocava às medidas de higiene pública, que habitualmente descuravam. A Primeira República procurou logo responder a essas reivindicações que se revelavam mais expressivas por ocasião dos congressos médicos. Logo no Governo Provisório, surgiu a reforma do ensino médico, com a uniformização das três escolas a nível de programas e estatutos (as escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto só então passam a faculdades de medicina) e, a outro nível, a criação, no Ministério do Interior, da Junta dos Partidos Municipais para limitar e organizar este domínio (Decreto de 25 de maio de 1911), o que logo suscitou a contestação de várias câmaras municipais, que, por esta razão, se consideraram subalternizadas perante a rede administrativa de saúde (dada a contestação, esse decreto seria extinto em 1913, com o argumento de que a falta de regulamentação nele prevista impedia as câmaras de abrir lugar para médico municipal). Abastecimento de água, esgotos, lixos, saúde animal e abate de animais, regulação de matadouros, condições de comercialização em mercados e mercearias, salubridade em oficinas eram problemas de saúde pública de grande sensibilidade social e perigo político perante medidas sanitárias coercivas que os sanitaristas podrriam aplicar. A nível local, o estudo desta conflitualidade pode ser elucidativo e lançar nova luz sobre o processo histórico de construção da saúde pública, ajudando a explicar a dificuldade de grandes avanços neste domínio durante a Primeira República. Não obstante, verificaram-se avanços nesta altura no combate ao sezonismo, na vacinação, na implementação da sanidade escolar, na sanidade marítima, no combate a algumas epidemias, no combate à

tuberculose, embora de forma insuficiente, dada a ineficiência das respostas então disponíveis, como já referenciamos noutro lugar para o qual remetemos (Alves, 2010).

O Corporativismo no Estado Novo

Dada a longa duração (48 anos) da Ditadura Militar /Estado Novo, torna-se indispensável acompanhar os numerosos diplomas referentes ao campo da saúde, a evidenciarem caminhos às vezes contraditórios e arrastadas discussões, nomeadamente as parlamentares. A disponibilização dos debates parlamentares está hoje disponível em linha desde as Cortes Constituintes de 1821/1822 à atualidade da Assembleia da República: debates, comunicações e propostas são ilustrativos das políticas dominantes e diferentes pontos de vista, sendo muito relevante essa disponibilização das atas das sessões, incluindo os designados motores de busca, para facilitar o acesso ao investigador (https://debates.parlamento.pt/).

No que se refere ao Estado Novo, importa sublinhar diferenças substanciais de política antes e depois da Segunda Guerra Mundial: antes da Segunda Guerra apostou-se forte no modelo corporativo, o que se traduziu na criação da Previdência Social, sistema parcial autónomo do Estado (apenas para a indústria, comércio e serviços através da criação das "caixas" setoriais entre sindicatos nacionais e patronato); na sequência da Segunda Guerra o Estado teve de colocar em discussão a questão da Assistência para os desprotegidos ou vítimas de doenças contagiosas, o que veio contemplar os diplomas pós-1945, que suscitaram uma interessante, embora limitada, discussão na Assembleia Nacional e na Câmara Corporativa, centrada no conteúdo do conceito de Assistência Social, sua abrangência e consequentes ilações (Alves & Carneiro, 2013).

O Decreto-Lei n.º 35108, de 7.11.1945, subjacente a essa discussão sobre a dualidade saúde e assistência, procura estabelecer serviços mínimos para a ação do Estado, assegurando, apenas de forma supletiva, "os estabelecimentos e serviços que não mereceram a simpatia dos particulares, ou auxiliando as instituições criadas e mantidas por estes, através da concessão de subsídios de cooperação" (*Assistência Social, Princípios e Realizações*, 1949, p.13). Os serviços implementados eram os vocacionados para os indivíduos desprotegidos e/ou perigosos (por risco de contágio ou segurança) para a saúde pública, reorganizando e/ou criando institutos para agir no campo das doenças contagiosas ou perigosas para a população, donde resultaram novos enquadramentos, por

exemplo, para a tuberculose, a saúde mental, a lepra, as doenças venéreas ou ainda o apoio à maternidade, este apenas para as mães desprotegidas.

De igual modo, sublinhe-se a Lei n.º 2011, de 2.11.1946, para o enquadramento hospitalar e sua articulação com as Misericórdias. Desde os finais dos anos 50, verificaram-se novas medidas já em relativa mudança de paradigma, agora já com o contributo da Organização Mundial de Saúde, com relevo para a criação do Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto de 1958), autonomizando serviços que antes estavam sediados no Ministério do Interior, para a organização hospitalar e, por pressão da Ordem dos Médicos, para a importante criação das carreiras de saúde (Decretos n.ºs 48357 e 48358, de 27.4.1968). Com a fase marcelista, novos normativos reorganizadores dos serviços surgiram: o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, reconhece o direito à saúde e o Decreto-Lei n.º 414/71, da mesma data, definia nova política, apontando para a unificação dos serviços de saúde, então fragmentados em vários microssistemas, postulando o alargamento da rede de cuidados. Não devemos esquecer, portanto, para o período do Estado Novo, essa discussão sobre a responsabilidade dos custos dos cuidados, que levou à criação da distinção absoluta entre Previdência, autónoma e da responsabilidade das organizações dos trabalhadores e patrões da indústria e do comércio (embora fiscalizada pelo Estado), e a Assistência Social, com o contributo do Estado Central e das municipalidades para os desprotegidos, recusando o exemplo adotado entretanto por outros países na instalação e desenvolvimento do Estado-Providência, cuja existência ainda hoje é questionada pelas políticas liberais, em termos de custo e de eficiência

Ao longo do tempo, uma linha essencial de observação é a evolução da definição de cuidados de saúde, desde a relação linear do doente com o médico e/ou hospital à crescente complexificação do diagnóstico e tratamento, em que, perante os sintomas de doença, o doente é remetido pelo médico para exames de elevada tecnologia (Raio X, análises laboratoriais, eletrocardiogramas, etc.) que podem ser internos ao Hospital ou usando recursos externos para o efeito, sendo depois o doente eventualmente encaminhado para serviços especializados, com gradual complexificação, e cuidados de convalescença e/ou reabilitação, o que transforma por completo as dimensões da economia da saúde, se atentarmos na panóplia de tecnologias que, gradualmente, chegou ao nosso tempo.

Problematizar o nível local

Verificarmos a repercussão, ao nível local, especificamente num concelho como Paredes de Coura e em circunscrições semelhantes, a legislação, as doutrinas, as práticas, a formação profissional e outras dimensões no campo da saúde, implica, portanto, conhecer o estado do saber global e das práticas mais inovadoras em cada época histórica, bem como identificar no círculo nacional o estado dessas dimensões. Desceremos, depois, ao nível da localidade estudada, procurando encontrar respostas para as múltiplas questões que levam à investigação e às que esta mesma vai sugerir e impor para se avançar no processo cumulativo que o conhecimento representa. Enunciemos então algumas questões, que se podem desdobrar em cachos de perguntas.

- Que conceitos de saúde equacionar, quando falamos em tempos históricos diversos? Seguindo Gonçalves Ferreira, podemos dizer com ele que, hoje, em termos institucionais, é consensual o conceito de saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", ou, de outro modo, o "estado em que o indivíduo apresenta uma capacidade ótima para desempenhar as atribuições e atividades que a sua integração na vida lhe exige, o que traduz um ajustamento muito satisfatório entre o organismo humano e o meio ambiente em que vive". Mas, em cada época, ainda segundo Gonçalves Ferreira, a saúde terá de ser vista sempre em relação com o conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, em relação à medicina que procura sinais ou sintomas que traduzam falta de saúde em função de equilíbrios ou desequilíbrios de funções e tecidos ou órgãos, bem como em relação à comunidade, aqui através de dados estatísticos apropriados (Ferreira, 1975, 15).
- Qual o quadro administrativo em que se integra localmente o campo sanitário nas suas diversas valências, qual a vínculação com a autoridade superior? Eis um questionamento que nos conduz ao histórico "médico de partido" e vicissitudes da sua contratação e manutenção pelo município, bem como ao posterior subdelegado de saúde, sua área de ação, sua atuação no campo das medidas preventivas (vacinas, fiscalização da insalubridade a vários níveis e dos géneros alimentares, deteção de surtos epidémicos, controlo de doenças contagiosas, eventuais casos de criminalidade, etc.), ou ainda ao reconhecimento de outras entidades (particulares ou oficiais, como é o caso do Instituto de Assistência

Nacional aos Tuberculosos), bem como às personalidades que ocuparam essas funções e as formas como as desempenharam.

- Quais os espaços de cuidados e de cura instalados na localidade? Existem ou existiram hospitais, asilos, sanatórios, dispensários, clínicas privadas, consultórios, associações de assistência ou de solidariedade ou outros estabelecimentos afins? Estas instituições são suscetíveis de desenvolvimento de estudos monográficos? Há arquivos públicos ou privados com recolhas de fundos documentais que permitam desenvolver esses estudos? É possível recolher testemunhos orais sobre o seu funcionamento ou sobre as vivências e representações de seus profissionais e/ou de utentes?
- Qual a incidência das formas privadas de cuidados de saúde? Há médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e outros profissionais que, em exercício liberal, desempenharam funções e que seja possível referenciá-los na sua trajetória pela localidade? Que representações relativas a eles subsistem na memória das populações ou especificamente nos utentes? Indagação que deve estender-se a outros profissionais da saúde frequentemente esquecidos, como sejam os veterinários, a quem compete um papel fundamental na prevenção e cura da saúde animal em geral, particularmente nas situações que se articulam com a alimentação humana e a ecologia da saúde.
- Qual a dimensão das práticas informais nos cuidados de saúde? Não havendo ou escasseando uma medicina legitimada a controlar totalmente a saúde em determinadas circunscrições, quais as práticas tradicionais de prestação de cuidados, sustentadas no saber popular ou em soluções já deslegitimadas? Que registos, testemunhos ou memórias se podem recolher sobre os curandeiros, o cirurgião-barbeiro, as “parteiras curiosas”, os “endireitas” ou algebristas, os sangradores, as benzedeiras, os exorcistas, os alveitares, os aplicadores de sanguessugas, os fazedores de mesinhas, entre outros?
- Que tipos de patologias se observavam e se curavam? Quais se revelavam como endemias? Que epidemias se verificaram? Que propostas podemos aduzir para explicar as respetivas origens, desde as questões alimentares à influência do meio ambiente? Quais as patologias que mais frequentemente surgem associadas à morte precoce? Quais os padrões físicos da população, distribuições etárias e esperança de vida? Podemos construir dados estatísticos com qualidade e

especificidade, na conjuntura e na longa duração, sobre natalidade, nupcialidade, mobilidade, mortalidade a partir de registos históricos (registos paroquiais, dados do recenseamento militar, passaportes…)? De que informações dispomos a nível estatístico oficial (ver dados disponíveis no INE) para os casos patológicos, nomeadamente para as endemias e epidemias, em calendários e incidências? Quais os níveis de deficiência física ou mental, a nível estatístico ou através de estudos de caso?

- Como se revela a salubridade local? Que informações existem sobre a qualidade e recolha da água para abastecimento? E sobre o estado de saúde dos animais destinados ao consumo? Que fiscalização se observa ao nível da higiene da cadeia alimentar? Numa entrevista algures ao jornal "O Coura", o Dr. José Eduardo de Oliveira revelava que uma grande parte das doenças verificadas no concelho era de origem hídrica. Que tipo de medidas municipais ou outras se verificaram para ultrapassar o abastecimento em fonte de chafurdo (lembremos a política dos fontanários durante o Estado Novo)? Qual o estado da habitação a vários níveis e as formas e espaços de convivência?
- As escolas, enquanto estabelecimentos agregadores de população jovem, eram fundamentais tanto para a educação sanitária como para aplicação de medidas preventivas por parte da autoridade de saúde em surtos epidémicos (lembremos, como exemplo, as campanhas contra a "tinha", *tinea capitis*), a vacinação e outras dimensões da designada "saúde escolar". Com a escola a marcar a socialização da criança, o seu estudo interessa também por outras circunstâncias, nomeadamente as condições do edifício (luminosidade, arejamento, mobiliário, salubridade), as cantinas ou sua inexistência, horários e dimensão curricular das questões da saúde, nomeadamente na fase sanitarista, através da emergência da inculcação de práticas higiénicas através dos manuais escolares, incluindo os livros de leitura do ensino primário. Registos que possam existir, recolha de memórias, prescrições legais e manuais podem ser indicadores a trabalhar neste domínio.
- Conhecemos as personalidades da área da saúde que asseguraram funções presencialmente ou em circulação pelo país? Quais as suas origens, os percursos formativos e profissionais? Podemos descer a biografias ou micro-biografias, reconhecer trajetórias sociais e modos de participação/ intervenção?

- Qual era a dinâmica associativa local e sua "beneficência" ou filantropia nos problemas de saúde vs. doença, nas fórmulas tradicionais ou mais modernas? Uma interrogação que nos conduz ao papel das confrarias, misericórdias, socorro mútuo, bombeiros voluntários, sabendo-se que alojamento, alimentação, vestuário, distância e transporte eram problemas graves acrescidos à doença e/ou abandono para quem recorria a tratamentos.

Para respondermos a estes conglomerados de questionamento, serão considerados os repositórios que permitem pesquisar respostas ou indícios que apresentem nexos com outro tipo de informações. Para isso, existem os arquivos locais, distritais e nacionais, bem como arquivos particulares, além das bibliotecas e seu manancial de monografias e de coleções de periódicos. Os arquivos são os guardiães de informação que designamos de fontes, as quais, por analogia, dão de beber à nossa sede de conhecimento. Hoje, um volume considerável, cada vez mais alargado, dessas fontes tornam-se mais acessíveis ao investigador com base nos arquivos digitais que vão sendo construídos e sua disponibilização *on-line*.

Ao nível dos materiais existentes para a história da saúde nesses arquivos ou em arquivos ainda guardados em instituições, é indispensável a procura de fontes diretas, produzidas no relacionamento entre agentes e autoridades de saúde, nomeadamente as produzidas nas delegações, subdelegações e Direção Geral de Saúde (ou organismos afins, conforme a época) e as observadas em processos de comunicação com outras autoridades locais ou distritais e nacionais. Mas também devemos considerar as fontes indiretas, as que foram produzidas noutros contextos, mas incluem informação com interesse para história da saúde. Os designados registos paroquiais (batismo, casamento, óbito) e os róis de confessados e comungados, derivados dos processos de controlo religioso a partir do registo dos atos de integração do indivíduo na comunidade, configuram-se como fontes incontornáveis que dão indicações a nível individual e permitem criar bases de dados para elaboração de reconstituições de comunidades, produção de estatísticas de atos vitais na longa duração ou fornecimento de dados para prosopografias, além das informações individuais. Mas há ainda a possibilidade de recurso a outros tipo de fontes históricas que podem revelar boas surpresas, como sejam: 1) os registos notariais, ligados às operações laicas mais expressivas da vida quotidiana, nomeadamente a expressão contratual, como operações de compra, venda, empréstimo, dívida, quitação, testamento, doação, dote de casamento, entre outras, que ajudam a compreender os enquadramentos de casos

individuais a que será possível conferir natureza serial; 2) os arquivos judiciais, que guardam o historial de processos de litigância, onde emergem também problemas de relação e de violência física e psicológica ou acidentes; 3) os fundos documentais, já instalados nos arquivos oficiais ou que ainda repousam nas instituições de saúde ou associações, sobre as variadas anotações que envolvem as práticas ligadas às dimensões sanitárias, tais como registos de atos médicos (exemplo: livros de contas de cirurgiões, licenças, pareceres) e outros, de esmolas a doentes e inválidos, registos hospitalares, transporte de doentes, legados para fins de saúde; 4) há ainda agendas pessoais, registos de lembranças, para além de fontes impressas, como brochuras, cartazes, receitas de fabricação de remédios ou indicações sobre tratamentos; 5) não esqueçamos os elementos materiais, desde a arquitetura dos edifícios à utensilagem ligada ao equipamento dos estabelecimentos ou de particulares ligados à saúde, capazes de falarem por si, quando devidamente interrogados; 6) consideremos também as fontes orais, testemunhos de situações vividas, para tempos históricos em que esse recurso seja viável.

Um repositório, geralmente rico, é a imprensa local, pelo acompanhamento próximo das pessoas da terra e suas vicissitudes, bem como de eventuais acontecimentos ligados à saúde, não obstante apresentarem lacunas temporais, dada a efemeridade dos periódicos. Nesta medida, os jornais regionais e nacionais, geralmente de vida mais larga, podem ser ainda mais úteis, até porque também incluem noticiários locais, através dos seus correspondentes, o que permite desde logo intuir uma área mais alargada das problemáticas em levantamento.

Nos arquivos e bibliotecas procuramos informação, mas há uma operação precedente que não podemos contornar: trata-se de problematizar, equacionar questões, visando os contributos para acrescentar ao conhecimento já existente. Isto só faz sentido quando temos possibilidade de levantar o estado da questão ou ponto de situação, para o que temos de recorrer à bibliografia existente, captar as linhas de investigação dominantes, de forma a vislumbrarmos acréscimo de informação ou introduzir formas alternativas de apresentar os problemas. Com base no questionamento das problemáticas, indagaremos então a informação de arquivo, recolhendo-a da forma que se revelar mais adequada.

Temos hoje uma bibliografia internacional e nacional muito ampla. Para além da tradicional história da medicina, desenvolvida por médicos centrados nas conquistas da ciência e sua divulgação, que continua a ser uma referência incontornável, desenvolveram-se estudos de demografia histórica, de história social ou da chamada

"nova história da medicina", em que as questões da saúde surgem através de observação externa, trazendo novos contributos à dimensão que podemos designar globalmente como "história da saúde". Esses novos contributos, fruto da investigação universitária mais recente, tem analisado temáticas como o estudo dos corpos profissionais, da literatura médica, das instituições (hospitais, escolas especializadas, laboratórios, farmácias, misericórdias, confrarias…), das representações de diversas doenças, das epidemias e endemias, dos avanços e das resistências à medicina, dos erros médicos, das práticas e saberes populares, da valorização do corpo e do desporto, dos comportamentos desviantes, do papel da religião na saúde, dos espaços públicos e privados, da "trilogia sanitária" (habitação, alimentação, higiene) ou de elementos centrais como a água, a luz, a convivência com os animais, entre outras. Por outro lado, as fontes históricas vão ajudar a iluminar o caminho, levando a formular novas interrogações ou a rever as anteriores.

Em suma, a uma escala global, o funcionamento e a melhoria dos serviços de saúde estão relacionados com conquistas universais multidisciplinares. Os avanços científicos em vários domínios (tanto nas áreas da medicina como de outras áreas, como, por exemplo, a química, a engenharia, a arquitetura e outras) provocaram alterações nos padrões de cuidados de saúde preventivos e/ou curativos, influenciaram políticas de saúde e sua disseminação, bastando, para tempos contemporâneos, lembrar as conferências sanitárias internacionais do século XIX e o seu papel de informação, divulgação e compromisso dos países participantes ou, mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde e suas recomendações. A cooperação internacional tem sido um elemento-chave nestes processos de controlo médico das doenças transmissíveis, porque estas não apresentam passaporte nas fronteiras, ao contrário do que se julgou durante muito tempo, quando se colocavam exércitos nas fronteiras para vigiar entradas e, por esse meio, evitar internamente a propagação de epidemias, que, afinal, tem sempre caminho aberto pela via de múltiplos tipos de contactos humanos com agentes etiológicos.

A uma escala nacional, a história da saúde produz-se a partir da legislação e da organização sanitária observada e sua execução no terreno, no grau de acompanhamento dos avanços científicos internacionais, verificando a cobertura dos vários serviços e seu funcionamento, a capacidade de resposta aos desafios enfrentados em cada situação, ou seja, confrontando as tecnologias sanitárias disponíveis ao tempo e as verificadas em aplicação no território em estudo.

A uma escala local, procura-se analisar, mais estreitamente, a aplicação local do preconizado na legislação, observando-se o grau de institucionalização dos serviços e seu funcionamento, as tecnologias e práticas disponíveis, descendo-se ao papel dos vários agentes nos cuidados de saúde (internos e externos ao sistema, por exemplo, entre estes, as autoridades locais, mas também a existência de prevaricadores e/ou colaboradores), bem como dos comportamentos e expectativas da população em geral, quando utiliza os recursos de saúde ou quando não tem acesso a esses cuidados.

Permitam agora algumas notas de índole pessoal e/ou familiar. Invoco a memória dos anos 1950/1970 relativamente aos médicos courenses que, na minha infância e na juventude, asseguravam os cuidados de saúde em Paredes de Coura, ministrados essencialmente em algumas instituições hospitalares (o Hospital da Misericórdia, na Vila, e o Sanatório Presidente Carmona, em Mozelos, o Dispensário), bem como nos respetivos consultórios e ação domiciliária, além das rotinas da saúde escolar (vacinação e outras campanhas higiénicas). Há um reconhecimento silencioso da minha geração pelos cuidados prestados: não obstante a escassez de recursos, salvaram vidas ou melhoraram a qualidade de vida de muitos de nós, fazendo a diferença com gerações anteriores.

Lembro o Dr. José Eduardo de Oliveira, médico no Hospital da Misericórdia e subdelegado de saúde que, nesta condição, corria regularmente as escolas do concelho no âmbito das campanhas de vacinação. E deixo uma anotação particular: ainda criança de meses, devo-lhe a prescrição, em 1954, do xarope milagroso que interrompeu a infeção que me levaria para outro mundo em tempos de elevada mortalidade infantil, quando a instâncias de meu pai receitou um fármaco que era então uma novidade – sintomicetina, que representava a fórmula comercial do antibiótico cloranfenicol (isolado em 1947 e comercializado em 1949), acabado de chegar às farmácias locais. O efeito, perante pais já descrentes, foi uma espécie de milagre que se tornou tema recorrente na evocação familiar e que mostra como o efeito das conquistas científicas se alargava, ainda que lentamente, a lugares periféricos pela via da divulgação e da rede farmacêutica.

Lembro, naturalmente, o Dr. Antas de Barros, figura moderna do tipo "João Semana", o médico abnegado, criado por Júlio Dinis no romance *As Pupilas do Sr. Reitor*. Nas suas lentas viagens de um velho Opel entre Vila Nova de Cerveira, onde residia e trabalhava, e Paredes de Coura (tinha consultório na Vila e colaborava no Sanatório), parava na estrada a quem lhe fizesse sinal para consultas ao domicílio, revelando sempre

simplicidade e uma afabilidade cativante ao entrar em casa alheia, não se eximindo a levar doentes no seu automóvel para exames de Raios-X no Sanatório.

Outro médico a que população recorria era o Dr. Braz Regueiro, que, além de diretor do Sanatório, tinha consultório na Vila. Veio a participar na política, tornando-se presidente da Câmara de Paredes de Coura (o último do Estado Novo) e deputado à Assembleia Nacional.

Recordo profissionais de enfermagem e outro pessoal (hoje designado de auxiliares de ação médica) do Sanatório e do Hospital, não esquecendo que neste último durante várias décadas pontificaram as Irmãs de Caridade. Lembro ainda as farmácias e o papel ativo dos farmacêuticos não só no abastecimento dos fármacos como no aconselhamento informal face a tantas situações. Não esqueço os odontologistas, evocando o Dr. Morgado e, posteriormente, o Dr. José Frazão Nazareth, este com largo currículo médico anterior no Porto. Sem me recordar dos nomes, lembrarei ainda uma "parteira curiosa" que ajudou a nascer largas centenas ou milhares de courenses, senhora que acorria de boa vontade a parturientes de várias freguesias, mesmo quando já muito idosa, bem como um "endireita" que era o recurso para muitas maleitas do esqueleto. Não se ignorem os veterinários que prestavam serviço no concelho, tratando da saúde animal, mas evitando a propagação dos males aos humanos. Registe-se ainda o papel dos bombeiros no socorro a acidentados ou conduzindo doentes mais graves ao hospital distrital, serviço complementado por taxistas.

No centro, contudo, estava o médico. O papel médico, sobretudo nas aldeias, era dotado de um poder simbólico, demiurgo, na expetativa de salvação das vidas. E, em muitos casos, essa expetativa cumpria-se. Os médicos apontados acima eram de origem exterior ao concelho de Paredes de Coura, mas fixaram-se aqui e ganharam naturalmente um ascendente popular por via desse papel simbólico, marcado pelo conhecimento, pela ajuda, pela abnegação para com o "outro" em situação de doença, perdurando por isso nas memórias individuais e coletiva. Mas há situações em sentido contrário, de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde naturais de Coura que alocaram os seus serviços fora do concelho, em função das condições do mercado de trabalho e/ou familiares. Pela minha parte, apontando para um tempo histórico diferente (século XVIII), tenho vindo a carrear informação com vista à produção de texto sobre um cirurgião dos tempos do marquês de Pombal, António Soares Brandão, natural do concelho (de Rubiães), cirurgião, descendente de uma família local de cirurgiões, que enveredou pela

via militar (chegou à patente de coronel) e veio a ser Cirurgião-Mor do Reino. Acabaria por ter um papel destacado no processo dos Távoras, pois foi a ele que o rei D. José acorreu quando do atentado, em 1758, que suscitou o dito processo (do rei recebeu depois carta de fidalgo, em 24 de julho de 1776).

Enfim, investigar a história da saúde em Paredes de Coura implica percorrer caminhos diversos, tanto no quadro dos delineamentos atrás apontados ou palmilhando outros itinerários pertinentes.

Para enquadrar as asserções iniciais desta comunicação sobre o uso de diferentes escalas de observação, seguem, em anexo e como exemplo, três textos, enquanto fontes históricas relevantes para a compreensão de realidades concretas vividas em Paredes de Coura e seu envolvimento. Esses textos, extraídos de intervenções na Assembleia Nacional, o espaço parlamentar do Estado Novo, devem ser lidas no contexto do padrão de funcionamento cordato e subserviente da Assembleia, onde só existia o partido único e não se permitia a dissensão, mas exemplificam a imbricação dos problemas tratados em diferentes níveis e por diferentes agentes, com um autor externo a Paredes de Coura (João Valença) a defender uma instituição do concelho, dada a abrangência mais lata do tema, e um autor profundamente ligado a Paredes de Coura (Brás Regueiro) a defender questões de âmbito regional e nacional.

Anexo I

Este texto é datado de 1954 e tem a ver com a reativação do Sanatório, após uma paragem no seu funcionamento. Em plena Primeira República, os Caminhos de Ferro do Estado foram autorizados (em 1916, pela Lei n.º 573) a criar um fundo para a construção de sanatórios para os seus empregados, numa altura em que a tuberculose e outras doenças pulmonares grassavam em todo o mundo e seria notória para quem convivia de perto com o carvão e as máquinas a vapor. Assim, surgiu o Sanatório Vasconcelos Porto, em S. Brás de Alportel, para 20 camas, inaugurado em 1918, e outro, com o mesmo número de camas, em Paredes de Coura, inaugurado apenas em 1934, que se veio a designar de Sanatório General Carmona (mais tarde, Marechal Carmona, após a promoção verificada em 1947). Nos anos 50, a CP desligou-se da responsabilidade sobre o Sanatório e o património hospitalar passou para o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos nos finais de 1953. Foi autor da intervenção parlamentar, o deputado João de Assunção

da Cunha Valença, advogado de Viana do Castelo, que, entre outros cargos, foi também Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Viana.

Intervenção transcrita in *Diário das Sessões - Assembleia Nacional,* 24 de março de 1954, p.837:

O Sr. João Valença: - Sr. Presidente: na freguesia do Mozelos, concelho de Paredes de Coura, distrito de Viana do Castelo, que tenho a honra de representar nesta Assembleia, existe um sanatório, para tratamento da tuberculose pulmonar, dos antigos ferroviários do Estado, com a denominação do saudoso Presidente Marechal Carmona.

Esse sanatório, bem situado e bem conservado, encerrou as suas portas há mais de um ano. Pelo Decreto-Lei n.º 39 505, de 31 de dezembro de 1953, foi o edifício do referido sanatório, com os seus pertences, anexos e móveis nele existentes, devolvido ao Ministério das Finanças, para este, por sua vez, o ceder, a título definitivo, ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. É do meu conhecimento que estão em curso diligências e negociações oficiais para a projetada integração. Bem louvável é esta iniciativa, dado que ninguém melhor do que aquele Instituto poderá contribuir para o debelamento desse horrível flagelo que é a tuberculose, que tantas vidas, tem dizimado e continua, infelizmente, a dizimar. Nenhuma pessoa de boa-fé pode ignorar a vasta obra de assistência que o Governo tem realizado, designadamente no combate à tuberculose. Mas temos de reconhecer que esta terrível doença, que não distingue entre grandes e pequenos, ricos e pobres, continua, apesar de tudo, a sua marcha devastadora, pelo que urge persistir nos esforços já realizados e pôr rapidamente em ação todos os meios disponíveis atinentes a combatê-la.

Vozes: - Muito bem!

O Orador: - Ora, como já se disse, o sanatório de Paredes de Coura está encerrado há mais de um ano, quando é certo que muito infeliz e desgraçado carece urgentemente de ser sanatorizado. Impõe-se, portanto, a sua reabertura imediata, não só porque aquele sanatório se encontra convenientemente apetrechado, mas também porque muitos doentes do meu distrito - e tantos, infelizmente, eles são - aguardam com angustiosa impaciência a hora do seu internamento, certo como é que cada dia que passa é para muitos o agravamento do seu mal e para outros a vizinhança da morte ou o termo irremediável da vida.

A sua urgente e imediata reabertura poderá contribuir para atenuar esta triste e aflitiva situação, pois quantos tuberculosos pobres têm solicitado internamento em sanatórios e a sua pretensão só é deferida depois de já há muito sepultados! Se este último facto revela a necessidade de incentivar a construção de novos sanatórios, em que o Governo e o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos andam empenhados, por maioria de razão nos mostra a necessidade de aproveitar os já existentes, como o de Paredes de Coura, a que nos temos referido.

Vozes: - Muito bem!

O Orador: - E convém ainda acentuar que o funcionamento imediato do sanatório de Paredes de Coura se impõe, até porque ele constitui o único estabelecimento existente no meu distrito para tratamento da tuberculose pulmonar.

O Sr. Elísio Pimenta (interrompendo): - No distrito e na província!

O Orador: - Tem V. Ex.ª razão.

De tal funcionamento resultam, assim, vantagens altamente consideráveis, que vêm, aliás, de encontro à satisfação de prementes necessidades do meu distrito.

Com efeito, ele poria em movimento um corpo clínico especializado, servido por uma aparelhagem adequada, que, além de permitir mais rigorosos exames e análises ao doente, colaborariam ainda, eficazmente, na luta preventiva contra a tuberculose.

Por outro lado, possibilitaria, desde já, o internamento de doentes que, muitas vezes, conseguem ser sanatorizados, mas em estabelecimentos distantes, onde não pode chegar o amparo moral e afetivo da família, com graves prejuízos na evolução da sua doença.

A consideração desta última circunstância leva-me até a concluir que deveria dar-se preferência na admissão do sanatório de Paredes de Coura aos doentes do meu distrito, tanto mais que, como disse, dentro deste não existe qualquer outro estabelecimento similar.

Chamo, pois, a atenção do Governo para que sejam aceleradas as negociações em curso atinentes à reabertura imediata do Sanatório Marechal Carmona e, designadamente, para tanto confio no Sr. Ministro das Finanças, a quem daqui presto e rendo as minhas homenagens pelas suas altas qualidades de inteligência e de carácter, já exuberantemente reveladas na sua obra notável de homem de Estado. Disse.

Vozes: - Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

Anexos II e III

Os dois textos seguintes são da responsabilidade do deputado António José Brás Regueiro, natural do Peso da Régua, mas médico domiciliado em Paredes de Coura, diretor do Sanatório Presidente Carmona e médico municipal, tendo sido, em 1965, Presidente da Comissão Concelhia da União Nacional e Presidente da Câmara. Foi deputado à Assembleia Nacional em 1965-1969.

A primeira das intervenções tem a ver com a promessa de construção do novo hospital distrital de Viana do Castelo, instando à sua concretização, com o deputado a ser porta-voz do interesse distrital e das posições da Misericórdia de Viana.

II

Intervenção transcrita in *Diário das Sessões - Assembleia Nacional,* 30 de janeiro de 1969, p. 3039-3041:

O Sr. Presidente: - Tem a palavra antes da ordem do dia o Sr. Deputado *Braz Regueiro*.

O Sr. *Braz Regueiro*: - Sr. Presidente: Nos últimos vinte anos a medicina conheceu alterações consideráveis e conhecimentos assombrosos permitindo progressos de grande importância em matéria de diagnóstico e de tratamento.

Reconhece-se, por outro lado, que é cada vez maior a possibilidade de prevenir a doença e cada vez se abre mais o já vasto campo de medicina preventiva.

A educação sanitária das populações é hoje de regra nos povos mais evoluídos; a proteção à grávida e os cuidados materno-infantis, a assistência ao lactente, a proteção psicossocial durante os anos de formação da infância e o exame sistemático e generalizado das populações para o rastreio de certas doenças e dos seus precoces sinais são problemas sanitários que constituem, sem contestação, fatores de desenvolvimento económico-social e objetivos e fatores de progresso que não podem ser descurados.

A Organização Mundial da Saúde diz-nos que "a saúde é um estado de completo bem-estar, tanto físico como mental e social, não consistindo unicamente na ausência de doenças ou enfermidades" e insiste em que "possuir o melhor estado de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, quaisquer que sejam a sua raça, a sua religião, as suas opiniões políticas e a sua condição económica e social".

Ora, sem hospitais condignos e bem apetrechados, sem técnicos bem preparados e atualizados, sem médicos tão competentes que cada um possa ser o chefe de uma equipa, sem possibilidade dos auxiliares de diagnóstico (raios X, laboratório), sem farmácia bem fornecida, sem bioquímicos e sem biofísicos, soçobram todos os esforços e ficam em perigo todos os citados progressos potenciais.

Em 30 de Abril do 1964 já S. Ex.ª o Ministro da Saúde de então dizia:

Os pequenos, hospitais sub-regionais devem, a nosso ver, ser gradualmente transformados em bons ou razoáveis centros de saúde, dotados de consultas para prevenção e para tratamento em medicina geral e nas especialidades mais correntes, desde que convenientemente assistidos pelo corpo clínico dos hospitais regionais - o que pressupõe o prévio desenvolvimento destes estabelecimentos.

Podem ainda os hospitais sub-regionais servir, em regime de internamento, como pequenas maternidades locais, como centros de tratamento de doentes crónicos e de convalescentes, ou mesmo para tratar simples afeções médicas ou cirúrgicas.

Nalguns casos talvez possa também pensar-se na sua utilização como enfermarias-abrigo para psiquiatria e noutros haverá que instalar postos de primeiros socorros, sobretudo nas áreas de intenso tráfego rodoviário.

Pois bem, decorridos que são cinco anos os hospitais sub-regionais do Alto Minho não foram transformados ainda "em bons ou razoáveis centros de saúde".

Com exceção de Ponte da Barca e Vila Nova da Cerveira, os edifícios hospitalares estão velhos e impróprios para o efeito. Não há instalações condignas, nem para doentes nem para pessoal, e as possibilidades do seu aproveitamento são duvidosas, sem grandes investimentos que as Misericórdias não suportam. Sem serviços operatórios, de ortopedia, de urologia, de otorrino, de ginecologia e obstetrícia, com maternidades improvisadas, sem serviços de urgência à altura da época, sem análises, sem serviços de sangue, sem agentes físicos e com deficientes instalações de raios X, só à competência, ao zelo, ao sacrifício e à paciência do pessoal - dos médicos em particular

- se fica devendo, e apesar de tudo, tantos e tantos benefícios que se vão prodigalizando a tanto infeliz que neles se acolhem. Contudo, temos de ponderar que a moderna saúde pública não se conforma com tal estado de coisas.

Mas o pior está por dizer. Vou-me referir ao malfadado hospital regional de Viana do Castelo.

A imprensa diária e a regional há mais de vinte anos que se lhe refere, e há bem poucos dias ainda se perguntava se a "manhã de nevoeiro" que nos virá anunciar a almejada obra surgirá em breve.

Esperar, esperar, esperar, três vezes como manda o Evangelho, é de santos, mas, presumivelmente, pouco de homens desiludidos.

Só por irrisão se pode classificar de regional o velho hospital de Viana do Castelo, instalado em edifício impróprio e onde se registam as mais clamorosas insuficiências de ordem sanitária e assistencial incapaz de permitir fazer dele um centro de assistência policlínica e de ação social, insuficiências e instalações que já não honram ninguém nem coisa nenhuma. Estariam bem nos tempos medievais. Presentemente, não.

Para que VV. Ex.ªs Sr. Presidente e Srs. Deputados, possam avaliar das razões que assiste a Viana do Castelo na sua tão justa pretensão, ouso referir aqui as palavras que em 30 de outubro de 1964 foram dirigidas em exposição ao Ministro da Saúde e Assistência de então:

Excelência: O parecer da Câmara Corporativa dado, em 1946, à proposta de lei com que se pretendia reorganizar a assistência hospitalar diz, no seu capítulo I, que do inquérito feito se concluía, em relação aos edifícios hospitalares existentes, que:

Outros, como Viana do Castelo, exigiriam tão profunda remodelação da estrutura que é mais económico, mais útil e mais simples fazer tudo de novo.

No mapa que faz parte da Lei n.º 2011 são atribuídas 282 camas como lotação indispensável a este hospital.

Pelo ofício n.º 1908/1-B, processo 2M234/56, de 14 de março de 1956, o Ex.mo Sr. Diretor-Geral da Assistência comunicava-nos o despacho de S.ª Ex.ª o Subsecretário de Estado da Assistência Social e que era do teor seguinte:

Leve-se à alta consideração de S. Ex.ª o Ministro das Obras Públicas, com empenhada recomendação, por ser efetivamente urgente, o estudo de um hospital regional para Viana do Castelo.

Em 30 do novembro de 1956, no Livro dos Visitantes, registou o seu pensamento, quanto à prioridade da construção, S. Ex.ª o Subsecretário da Assistência, aquando da sua honrosa visita a este hospital, da seguinte forma:

A verificação das graves carências do hospital da Santa Casa da Misericórdia, que, em todo o caso, a Ex.ma Mesa e o distinto corpo clínico procuram suprir como podem, aumenta, a convicção com que, já de há muito tempo para cá, o Subsecretário da Assistência acompanha o empenho das entidades locais na justíssima pretensão de um novo hospital regional. Tudo faremos que seja, em breve, uma realidade.

A Comissão de Construções Hospitalares também marcou a prioridade da construção do nosso hospital quando, há quase uma vintena de anos, expropriou o terreno para o efeito e encarregou o

distinto arquiteto o engenheiro Júlio do Brito de estudar o projeto dessa construção. Penso que o anteprojeto está superiormente aprovado.

Estas referências dizem como as entidades competentes consideram urgente a construção do hospital regional de Viana do Castelo.

Mas nós também temos razões a apresentar e que impõem a prioridade dessa obra, que são:

a) Os nossos serviços hospitalares estão espalhados por três edifícios, o velho hospital, o pavilhão cirúrgico e a enfermaria-abrigo, com cozinhas próprias e três comunidades com três superiores, o que agrava a nossa administração deficitária;

b) Para as 282 camas que nos são indicadas como necessárias à nossa assistência temos apenas 150 camas, sem possibilidades de aumentar o seu número, pois estão ocupados todos os espaços onde era possível colocar uma cama.

Esta falta de capacidade acarreta-nos dificuldades prejudiciais ao bom nome do hospital e agrava-nos as despesas, pois que, quando se nos apresenta um caso urgente, e são frequentes, não tendo cama para os hospitalizar, dá-se alta a doentes que conviria conservar durante mais uns dias;

c) As instalações do hospital são tão inconvenientes e faltas de higiene e conforto que nos humilham, como V. Ex.ª o poderá verificar.

As considerações feitas e, sobretudo, o anseio que nos anima para que a construção do hospital não demore levou-nos a supor que tínhamos a prioridade e que a construção do nosso hospital seria adjudicada em primeiro lugar e após a conclusão dos centrais.

Assim não sucedeu, e os Vianenses tomaram conhecimento, com profundo pesar, ter sido resolvido construir primeiramente o de Bragança.

Excelência: Se dentro do critério estabelecido para resolver o assunto for por V. Ex.ª reconhecido que Viana do Castelo tem a primazia na construção do seu hospital, gratos lhe ficaremos se assim o determinar.

Muito obrigado, Sr. Ministro, pela honrosa visita que se dignou fazer-nos.

Com a mais elevada consideração mo subscrevo.

A bem da Nação, o Provedor.

Posteriormente a esta exposição, o mesmo Ministro da Saúde e Assistência, a quem foi entregue, resolveu que a construção do hospital de Viana do Castelo fosse das primeiras a executar, confirmando assim as resoluções tomadas pelos seus antecessores.

Em janeiro de 1966 foi dada a informação de que no fim do 1.º semestre ou princípio do 2.º semestre desse ano seria aberto concurso para a construção das fundações, no entanto, e apesar de estarmos em 1969, ainda não se tomou o conhecimento de que o referido concurso fosse aberto.

Em princípio de setembro de 1967, suponho, foi a Viana do Castelo ver mais uma vez os terrenos em que o hospital deve ser implantado um engenheiro qualificado da Comissão de Construções Hospitalares.

Não podendo, pois, deixar de verificar que os poderes centrais há muito têm consciência e conhecimento do magno e aflitivo problema, é de lamentar que esta situação, que se prolonga há tantos anos, se mantenha e se não vislumbre ainda a solução adequada e tão ansiosamente aguardada.

Viana do Castelo, nesta como em tantas outras aspirações, continua a aguardar um ato de justiça, já que, farta de esperar, só não manifesta a sua indignação, a sua descrença, talvez até a sua desconfiança, se não vislumbrasse em S. Ex.ª o atual Ministro da Saúde e Assistência o homem à altura de dar solução condigna ao problema, já que pela primeira vez ele vai ser encarado, ponderado e resolvido pelo talento de um Ministro que é médico e pelo coração do um médico que, sendo Ministro, está ligado às lindas terras do Alto Minho por laços afetivos e familiares, que são credenciais do uma renovada esperança dos Vianenses.

Se para pedirmos temos de merecer, todo o Alto Minho pede a S. Ex.ª o Ministro da Saúde e Assistência o prometido e tão necessário hospital regional, certo de que o merece, pelo seu arreigado amor à Pátria e pelo seu incondicional apoio ao Governo da Nação.

Vozes: - Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

III

Esta intervenção do deputado Brás Regueiro ocorreu no âmbito do debate suscitado pelo deputado Agostinho Cardoso, sobre os problemas da população idosa em Portugal, do fenómeno do envelhecimento da população e da política de velhice.

Intervenção transcrita in *Diário das Sessões - Assembleia Nacional*, n.º 182, 25 de fevereiro de 1969, p. 3266-3268:

O Sr. *Braz Regueiro*: - Sr. Presidente: Preocupam-me, como médico e como homem, todos os problemas relacionados com a velhice, pelo que muito me regozijo de participar, com esta achega modesta e despretensiosa, no debate e discussão de assunto tão oportuno e aliciante.

Na verdade, os problemas da velhice suscitam cada vez mais o interesse dos clínicos, dos sociólogos e dos políticos.

Basta que 10 por cento de uma população seja constituída por gente velha para que a medicina, a sociologia e a economia tenham de conjugar-se para uma solução geral, moral e política.

Mas o que é afinal uma pessoa idosa?

Que é e em que consiste o envelhecimento?

Qual é o sentido profundo da ação em discussão, velhice e longevidade?

Que serão as sociedades de amanhã em relação ao acréscimo da longevidade?

Como se comportará o homem precocemente e por muito tempo afastado do trabalho?

Como reagirá a família?

Tantas e tantas perguntas que, afinal, sempre se encontram na mesma origem: o respeito pela vida na sua continuidade, e do homem que é dela o seu total representante.

E porque estou convencido que até o mais profano nestes problemas, mas neles naturalmente interessado, encontrará nas suas soluções e nas respostas às perguntas feitas o eco das suas próprias preocupações; considerando também que, qualquer que seja a idade referenciada, é necessário integrar, e não segregar, o homem velho na sociedade, já que em corpo e alma ele persiste sempre como homem, por tudo isso felicito o ilustre Deputado Dr. Agostinho Cardoso pelo aviso prévio que em boa e inspirada hora trouxe a esta assembleia política.

Apoio-o de todo o meu coração.

A velhice, como é do conhecimento geral, explica-se por modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que arrastam, concomitantemente, consequências sociológicas e económicas.

O envelhecimento, considerado como fenómeno biológico e fisiológico, é um processo inerente à natureza de toda a matéria viva. Esta nasce, desenvolve-se, mantém-se por um tempo mais ou menos longo em estado de equilíbrio, e depois decresce por uma involução inexorável e progressiva, mais ou menos rápida, até à morte.

Mesmo sem entrar em consideração com um estado patológico - doença de um órgão ou alteração de uma função particular -, pode afirmar-se que a senescência aparece como resultado das leis da evolução biológica que nos governa

Precisamente por causa dessas leis, o espírito se dá conta que é em vão que se possa prolongar indefinidamente a vida.

Para todo o indivíduo há uma longevidade potencial, que parece constituir um dos caracteres da espécie e representada pela duração da vida, aproximadamente fixa e pouco variável para uma mesma espécie.

Mas para uma mesma espécie os fatores genéticos são por vezes determinantes, e assim os indivíduos não envelhecem todos com a mesma velocidade.

Além disso, está confirmado que a longevidade média de uma população depende, em parte, das suas condições de vida.

Na ausência de uma causa patológica, o homem pode hoje viver mais anos, aproximando a duração média de vida da sua longevidade potencial - 112 a 124 anos, segundo os cálculos atuais.

Considerando que esta longevidade potencial existe por enquanto só para uma minoria, em relação com determinada época variará muito com o tempo, com os progressos científicos e técnicos, com os grupos humanos e condições de vida, com as circunstâncias e os lugares.

E a este ponto queríamos chegar: os indivíduos e as populações beneficiam diversamente no seu potencial de vida, de maneira que a duração efetiva da vida é mais fraca nos países subdesenvolvidos do que nos países com nível de vida alto.

Naturalmente que a esperança de sobreviver mais anos depende ainda de numerosos fatores inerentes à proteção médico-social dos indivíduos, ao conhecimento das doenças e suas causas e aos meios terapêuticos que se lhe opõem. A doença acelera o envelhecimento e a velhice predispõe a certas doenças.

E juntemos à doença - porque não? - as angústias, os cuidados, as inquietações, as frustrações, as emoções, os desgostos, numa palavra, as chamadas dores de alma.

António Feijó, que foi meu vizinho e príncipe de poetas, disse-o em verso melhor que eu o sei dizer em prosa:

Muitas vezes os cabelos embranquecem,
Na dor de horríveis sofrimentos ...
Não são os anos que nos envelhecem,
São certas horas más, certos momentos!...

Feito este resumo sobre o processo de envelhecimento, vejamos também como se comporta o homem velho na sociedade e como esta se comporta em relação à velhice.

Hoje em dia o envelhecimento da população arrasta em todos os países do Mundo problemas cada vez mais graves e o bem-estar do homem velho impõe uma política da saúde que defina e dê solução aos problemas criados pela maior duração da vida na atual e nas futuras gerações.

Atente-se que os velhos reformados são hoje considerados como «os proletários do mundo moderno», constituindo como que «o terceiro mundo caseiro».

A «velhice exceção» como que deu lugar à «velhice exército».

Se nos países ricos os operários não constituem já um proletariado no sentido exato do termo - um grupo social sem esperança de promoção -, em substituição aparece um outro mais moderno, o dos velhos, mais infelizes na medida em que não estão organizados nem sindicalizados, sem capacidade de resistência ou reação, sem esperança até de um auxílio exterior.

Atente-se que uma população ativa é cada vez mais restrita.

Se considerarmos os progressos técnicos e tecnológicos, e a automatização com consequências incalculáveis devidas à eletrónica e à cibernética, reconhecemos que aos 50 a 60 anos da atual população ativa sucederá, em tempos mais ou menos próximos, 40 a 50 e depois à volta dos 40.

Em contrapartida, pois, aumenta a população inativa constituída por jovens e segregados (alguns adultos e, sobretudo, velhos).

Acabaremos por cair num círculo vicioso: a um aumento da produção corresponderá uma diminuição de poder de compra. Sem meios não se consome.

Mas mais: cada trabalhador da população ativa terá de suportar o encargo e manutenção dos dependentes menores e dos maiores segregados, que no seu curso vital passarão a ser como aqueles, apenas consumidores de recursos económicos.

E o problema, posto assim, mais uma vez preocupará os economistas, os sociólogos, os políticos, os filósofos e os teólogos.

Absorvidos pela «política da juventude», nada ou quase nada temos feito na programação da «política da velhice».

Todavia, cada um de nós, por muitas razões ou talvez por uma só - a razão egoísta - espera chegar algum dia a uma idade gerontológica.

Numa sociedade que é, antes de tudo, uma sociedade de produção, continua esta fração da população a não ser considerada, uma vez que não participa diretamente na vida ativa.

Este mesmo fator técnico-económico, afastando os inúteis, atenta única e exclusivamente nos jovens como fatores potenciais

Ora esta orientação política repousa sobre uma manifesta injustiça, já que esses segregados, que ontem e atrás de ontem foram ativos, contribuíram, pelo seu trabalho, para o nível de vida que hoje todos gozamos.

Para eles reclamamos um clima espiritual suave e morno para o crepúsculo vital, possivelmente uma velhice sã, serena e produtiva.

Há trabalhos cujo rendimento não se altera com a velhice.

Depois dos 70 anos, Rachmaninoff, Paderewsky, Sauer, Rubinstein, o nosso Viana da Mota, alcançaram os seus maiores êxitos pianísticos; Toscanini, até depois dos 80 anos, demonstrou excecional eficiência como diretor de orquestra: Schweitzer, Winston Churchill, Adenauer e tantos outros octogenários contemporâneos deram-nos, ao lado de considerável capacidade produtiva intelectual, exemplo de invejável agilidade e energia física, realizando tarefas para as quais muitos jovens não teriam força nem resistência.

As melhores, contribuições filosóficas de Kant foram produzidas quando já velho e doente. Cientistas como Einstein, como Baruch, como Scherrington, músicos como Strawinsky, pintores como Picasso, intérpretes como Casais, novelistas como Baroja, filósofos como Bertrand Russel, médicos como Egas Moniz ... tantas e tantas celebridades, octogenárias ou quase!

Acabe-se, pois, com o sentido pejorativo da velhice neste mundo chamado civilizado e tão diferente do que imperava nos tempos antigos, quando na própria Esparta havia a gerúsia e os gerontes dirigiam a vida nacional.

Desfaçamos preconceitos, se não queremos enfrentar mais tarde ou mais cedo esta alternativa monstruosa: a fusão das idades ou a guerra das idades.

Uma sociedade que em nome de princípios utilitários condenasse os velhos improdutivos acabaria em miserável agonia.

A sociedade labora em erro se aplica à velhice as leis do «tudo ou nada».

Evite-se o impacte emocional da velhice. Todos sabemos como a aposentadoria compulsiva é causa principal de depressões e alterações psicossomáticas no homem ainda válido.
Ao fim e ao cabo, integração ou segregação? Qual dessas atitudes triunfará? Optamos pela decisão cristã, mais conforme com a nossa moral e a nossa sensibilidade - a integração.
De acordo cem o autor do discutido aviso prévio, propomos:

1.º Que a sociedade reconheça à senectude um código de direitos, um *status* social;
2.º Que se concedam aos velhos direitos cívicos próprios do seu estado vital e lhes assegure os devidos benefícios, não só no terreno económico como qualquer outro;
3.º Que se publique um código da velhice;

4.º Que seja criado um instituto nacional de gerontologia social, a que competiria a investigação nos seguintes campos:

a) Demografia do envelhecimento;

b) Conduta e personalidade do homem velho;

c) Aspetos ambienciais e culturais do envelhecer;

d) Envelhecimento e organização social;

e) Senescência e economia;

f) Envelhecimento, governo e política.

O resto é poesia. No crepúsculo como no ocaso, há sempre o misterioso encanto do entardecer! Como também escreveu Somerset Maugham:

A paz e o encanto da noite nada têm que invejar à agitação e à angústia do dia.

Vozes: - Muito bem, muito bem!

Fontes e Bibliografia

Fontes impressas

Diário da Câmara dos Deputados

Diário da Sessões - Assembleia Nacional

Diário do Governo.

Bibliografia

Assistência Social, Princípios e Realizações. Lisboa: Subsecretariado de Estado da Assistência Social, 1949.

Alves, J. (2004). *Corpo biológico / Corpo social. Hospital Joaquim Urbano, 120 anos em defesa da saúde pública*. Porto: HJU.

Alves, J. (2008). Ricardo Jorge e a saúde pública em Portugal. Um "apostolado sanitário". *Arquivos de Medicina*, 22(2/3): 85-90.

Alves, J. (2010). Saúde e Fraternidade. A saúde Pública na I República. In *Corpo. Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da I República.* Lisboa: Centenário da República, 111-129.

Alves, J. & Carneiro, M. (2012). A Saúde Pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da monarquia à ditadura militar). In Ferreira, F. & Mendes, F. & Capela, J. - Justiça *na Res Publica (Secs. XIX-XX) - Ordem, Direitos Individuais e Defesa da Sociedade*. Porto: Citcem, 33-50.

Alves, J. & Carneiro, M. (2013). Estado Novo e discurso assistencialista (1933-1944). *Estudos do Século XX*, 13, 33-353.

Alves, J. & Carneiro, M. (2014). Representações sobre a profissão médica na transição secular (1880-1920). In Araújo, M. et alli (eds.). *Sociabilidade na Vida e na Morte (Sécs XVI-XX)*. Braga: CITCEM. p.347-358.

Alves, J. & Carneiro, M. (2014). Saúde Pública e Política: Do Código Sanitário ao Regulamento Geral de 1901. *CEM*, n.º 5, 27-43.

Correia, F. (1937). *Portugal Sanitário (subsídios para o seu estudo),* Coimbra: Universidade.

Ferreira, F. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, F. (1975). *Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Lisboa: Biblioteca CPC.